

Éxitos y fracasos: en torno a las experiencias.

Manuel Desviat

1

Hablar de logros y de insuficiencias, hacer balance de lo conseguido y de lo que falta, tanto en lo macro, en el escenario de las estrategias generales de la reforma, como en lo micro, en las experiencias asistenciales que constituyen el forjado de todo el proceso, significa plantearse no solo lo alcanzado, sino también preguntarse sobre su sostenibilidad.

Hay que plantearse qué de lo conseguido tiene suficiente consistencia, ha cambiado suficientemente la realidad, para que subsista en el tiempo.

¿Cuáles de los nuevos programas han invalidado a prácticas anteriores?

Más aún cuando estamos en un tiempo de crisis de valores, falto de grandes teorías y principios, donde todo parece valer (para que al final valga lo que se acomoda más fácilmente a la ganancia del capital. El mercado manda).

No cabe duda de los avances alcanzados en la asistencia psiquiátrica de este país desde la transición democrática, ni del peso que en este proceso han tenido los profesionales y las asociaciones, como las que convocan este acto, en la mejora de la atención a la salud mental, y en el intento de cambiar las formas de hacer la asistencia. Tampoco de los límites que la evolución política del Estado y sus Autonomías han impuesto al desarrollo de una atención comunitaria.

Pero la cuestión es, y aquí entran en juego las experiencias concretas, en un Estado donde las diferencias de desarrollo asistencial entre CCAA, y aún dentro de éstas, es enorme; la cuestión es preguntarnos sobre el grado de implantación del modelo propuesto en la reforma sanitaria y psiquiátrica;

preguntarnos, no ya desde la extensión de los nuevos recursos, desde el crecimiento de personal y servicios, sino desde la práctica de los equipos, desde los programas, desde la clínica, preguntarnos qué ha fraguado de aquella idea comunitaria y solidaria. Hasta dónde ha sido posible.

Pues de esta implantación y de esta consistencia va a depender en buena medida la sostenibilidad de toda la Estrategia, lo que pueda mantenerse del modelo. Más aún si tenemos en cuenta la gran vulnerabilidad de especialidades tan ideologizadas como las de salud mental, tan sensibles a los vaivenes de los partidos políticos.

Debilidad que adquiere mayor relevancia, cuando lo que se pretendía en la Reforma Sanitaria que se inicia con la LGS, era un cambio del Sistema Sanitario y de su modelo organizativo; un cambio que diera una mayor cobertura a la población, pero también OTRO tipo de asistencia, otro tipo de acercamiento al malestar psíquico; una atención a la persona que tuviera presente al sujeto y no solo a sus síntomas y aparatos; que tuviera presente su subjetividad, y por tanto, su autonomía, su dignidad y su libertad.

Que tuviera presente a las colectividades y a la persona tanto en comunidad como individualmente. Y una reforma que además empezaba ya a contracorriente, cuando Thatcher, Regan, el Banco Mundial iniciaban su giro neoliberal, sus recortes del Estado del Bienestar.

Psiquiatría social, salud mental comunitaria, psiquiatría pública, abordaje biopsicosocial, psicopatología del cuidado...

Ese era el objetivo y es desde ese horizonte, a partir de esa perspectiva desde donde creo necesario abrir una reflexión para acercarnos a la situación actual, éxitos y fracasos de la reforma.

Una reflexión que debe partir de las asociaciones que defienden la salud pública; asociaciones como las convocantes de este acto, sobre todo en los lugares, en las Comunidades, donde se ve amenazada, donde el contexto político es claramente adverso, si queremos diseñar una estrategia de progreso o simple resistencia.

2

Empezaré por ver qué ha pasado con el Área Sanitaria y la Atención Primaria, dos componentes fundamentales del diseño de la reforma sanitaria española, consideradas con razón internacionalmente lo más innovador de la transformación de la Sanidad de nuestro país.

Dos componentes que inciden particularmente en la atención a la salud mental, en una estrategia de cambio que sitúa a la psiquiatría y la psicología clínica en segundo nivel, especializado, dentro de la red sanitaria del Área de Salud.

Hoy, nadie discute el desarrollo de la atención primaria, pero tampoco se duda de su estrangulamiento actual, pero cada vez hay más datos sobre sus dificultades, voces sobre su relativo fracaso, por falta de medios, de tiempo, de presupuesto.

Un presupuesto cuyo porcentaje –hospital-atención primaria- atribuido sigue siendo uno de los más bajos de Europa. Algo que es más pronunciado (Gervás J and Pérez Fernández M, 2008), en las CCAA más ricas que orientan todavía más su gasto hacia los hospitales. Son las más pobres, envejecidas, o las gobernadas por la izquierda las que favorecen la AP.

Plataformas como las de 10', exigiendo un tiempo mínimo para cada paciente (o la pretendida absorción de la atención primaria por entidades hospitalarias privadas en los planes de la Comunidad de Madrid) señalan no el fracaso de un modelo ejemplar, sino su paulatino estrangulamiento.

De sus dificultades, de su cansancio, de su hartazgo dan cuenta a diario manifestaciones y paros en todo el Estado.

Respecto del Área de salud, elemento marco de la ordenación sanitaria de la LGS, habría que preguntarse dónde están los Consejos de Salud; ¿dónde la integración de salud pública, primaria y especializada?

¿Dnde queda el Área en un sistema regido por la competencia entre centros y la adjudicación capítativa de la financiación, en un sistema como el que se quiere o se está ya imponiendo en la Comunidad de Madrid?

3

La psiquiatría, la salud mental se enfrentó a un doble desafío: desmontar un sistema antiguo asentado en el hospital psiquiátrico y las consultas del seguro y, a la vez, a la construcción de un nuevo modelo asistencial, de una nueva clínica, que superara la idea que de la psiquiatría habían transmitido unas cátedras monocolor, que se resistían a los avances de las especialidades de la salud mental.

Un desafío al que con los años y la evolución conservadora de la sociedad, se une el cada vez mayor peso de la mentalidad hospitalaria –ahora del hospital general- y la amenaza de sus consultas externas, monográficas, por patologías frente a los equipos comunitarios; o lo que es lo mismo, el mayor peso, de nuevo, con todas sus consecuencias, del Servicio de psiquiatría frente a los Servicios de salud mental.

Una muestra de las consecuencias de este desplazamiento del eje de la asistencia de la comunidad al hospital, está en la manera de medir por los gerentes la actividad ambulatoria, preocupándose tan sólo de la las primeras y segundas consultas, y penalizando el mayor número de estas segundas, lo que demuestra su pobre noción de la actividad psiquiátrica.

La ausencia de indicadores propios de la salud mental, de guías y protocolos, de procesos consensuados de ámbito estatal, ausentes también en muchas de las CCAA, deja inerte la salud mental en su necesaria integración en la sanidad general. O la sitúa en su concepción meramente biológica, o psiconeurofarmacológica, tan deseada por la Psiquiatría Perdida entre sus Pruebas.

En este escenario, los programas de continuidad de cuidados, las acciones de ámbito más comunitarias quedan fuera, como pueden quedar fuera en la Comunidad de Madrid los programas de rehabilitación que en su inmensa mayoría, dependen de Servicios Sociales. O los recursos residenciales, fuera de

las redes de las áreas, en renovados, y poco, hospitales psiquiátricos; con camas, de nuevo, en otra Comunidad Autónoma.

Con estos límites, con las agendas llenas de pacientes crónicos más o menos estabilizados, de trastornos comunes por mor de la medicalización de la vida, de la psicologización de los factores de riesgo y la psiquiatrización de las pre-enfermedades; con los agudos y crónicos desestabilizados colapsando las urgencias, con la presión de más pacientes por día de los que se puede atender adecuadamente, con la falta de una política de salud mental, con la depositación de la formación en la empresa farmacéutica, con la falta de motivación económica y profesional, con jefes de salud mental regionales sin la autoridad suficiente –lo que demuestra la poca importancia que le da la administración a la salud mental– para ser interlocutores capaces con las gerencias y la Administración Sanitaria; o también en la Comunidad de Madrid con la salud mental escindida en centros de salud mental y unidades hospitalarias, islas o guetos independientes cada centro; convertidas en ambulatorios o unidades de crisis, con políticas defensivas cada vez más coercitivas y biológicas; con todo esto y más quizás sobra el plantearnos la construcción de una nueva clínica, de un nuevo discurso, rescatando, a partir de lo hecho durante la reforma.

Puede que en esta situación, esté de más preguntarnos, cómo se atiende hoy a los pacientes en los centros de salud mental, en los hospitales de día, en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, en los programas de rehabilitación. ¿Qué idea o ideas de la enfermedad mental sustentan nuestra práctica?

¿Qué papel tiene la comunidad, las familias, los ciudadanos en estos programas de salud mental? ¿Qué de la participación, de la autonomía del paciente mental?

En definitiva, cuesta preguntarnos qué hay de la psiquiatría comunitaria ¿hasta dónde, o hasta cuanto, nos diferenciamos en nuestra práctica habitual de la psiquiatría tradicional, biológica, anclada en el psicotropo?

Pero, sin embargo, creo que debemos buscar la manera de hacerlo, debemos abrir una nueva reflexión colectiva, usando como antaño las asociaciones, los márgenes del sistema, allí donde el sistema es adverso. Es una cuestión de supervivencia, de supervivencia del modelo.

Tenemos experiencias, en la diversidad y desigualdad que han creado las transferencias y la ausencia de autoridad por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo; experiencias que han desarrollado acciones de atención comunitaria, por ejemplo en la atención a la cronicidad, donde hemos dado grandes pasos, donde tenemos programas eficaces, más eficaces que nunca, pero flacos, en muchas ocasiones, psicopatológicamente, como diría Fernando Colina, y no siempre respetuosos con la autonomía del paciente, lejanos a las ideas de recuperación y empoderamiento en auge hoy en día.

La participación ciudadana es casi inexistente y la seducción psicofarmacológica esta invadiéndolo todo, desde la psicología a las familias.

Seducción farmacológica que trae de la mano la idea de la normalización, el chantaje de la normalización paternalista; que el otro, que el diferente deje de ser diferente, y donde los síntomas dejan de tener un sentido existencial.

El pragmatismo desaloja la psicopatología, DSM en mano, y una clínica que se base en el respeto y el cuidado. Salud mental de la receta, el consejo y la conciencia de enfermedad como mito. ¡Parece cómo si volviéramos a la idea de la curación!

4

Y aquí entran en juego las experiencias: la construcción del modelo se hace en el marco de las estrategias establecidas por la Autoridad Sanitaria, pero su concreción, su desarrollo, va a estar marcado por experiencias institucionales particulares, más o menos globales.

Experiencias que actúan como vanguardias en la creación, experimentación y desarrollo de nuevas prácticas, de nuevos conocimientos (rompiendo límites, creando nuevas reglas, ensayando caminos).

Experiencias pioneras cuyo éxito depende de si han podido mantenerse, aún a contracorriente, el tiempo suficiente como para crear nuevas vías y demostrar su viabilidad o verificar aquello que querían demostrar. Creando y expandiendo fuera de sí mismas los profesionales que puedan continuarlas.

Por su carácter de vanguardia estas experiencias, más visibles, mostradas por la propia administración como su obra, son procesos muy vulnerables, sobre todo porque precisan de libertad, como lo precisa todo conocimiento, para encontrar nuevos caminos y desarrollarlos.

Pero hay que tener en cuenta que la independencia, esencial en las sociedades democráticas en áreas como la sanidad o la universidad, es incómoda para el Poder Político, sobre todo cuando este se rige más por intereses de partido que universales.

No podemos olvidar que la reforma sanitaria, al igual que la Transición democrática fue un pacto, y en condiciones desiguales. La psiquiatría tradicional mantuvo la hegemonía en la academia, en la universidad. Por error de cálculo o incapacidad del movimiento progresista.

En la asistencia, a falta de una coordinación por parte del Ministerio de Sanidad, la reforma se desarrolló en las Comunidades de forma tremendamente desigual, y en muchas de ellas gracias a la buena voluntad de algunos políticos y gestores, y siempre desde el voluntarismo de los profesionales, con acciones carentes en muchos casos de la normativa legal que les apoyara, acciones comunitarias que tenían que trasgredir organigramas, normativas hospitalarias, y realizar actividades no contempladas en los convenios colectivos.

Creo que uno de los grandes fallos de la reforma ha sido precisamente esta falta de normativas, que el Estado no regulará unos mínimos asistenciales, tanto de indicadores, como de denominación, contenido, funciones y personal de los servicios de salud mental. Ausencia que ha propiciado grandes desigualdades y una absoluta falta de información a nivel del Estado.

Indefiniciones legales, o normas como la ley 15/1997, que abre la puerta a formas de gestión y financiación y que pueden acabar con el modelo de la asistencia a la salud mental que contempla la LGS, o en caso de Madrid, el propio Plan de Salud Mental de la propia Comunidad.

5

Volviendo, para terminar, al principio, quiero insistir en la idea que mueve mi intervención.

Una idea quizá condicionada por el momento lleno de incertidumbres pero con algunas certezas, que suponen una gran amenaza para la asistencia psiquiátrica comunitaria allí donde prospere un sistema sanitario regido por la competencia y no por la equidad y la solidaridad.

Una idea que me lleva a creer que el futuro, el futuro de la salud mental comunitaria, su posibilidad misma, está en el desarrollo de una clínica comunitaria.

Desarrollo que exige el esfuerzo de las asociaciones y colectivos progresistas. Que exige construir un nuevo discurso desde nuestro trabajo cotidiano, desde los centros de trabajo asistencial.

La reforma ha conseguido modificar radicalmente los espacios de tratamiento, ahora queda modificar los tratamientos.

Reference List

1. **Gervás J and Pérez Fernández M (2008)** La necesaria Atención primaria en españa. *Gestion clínica y Sanitaria*, **10(1)**, 8-12.